Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACION FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE

CON C.C Nº 79.102.361

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS BACHILLER COMO CONDUCTOR DE AMBULANCIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE URGENCIAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.. CONVENIO 7120405-2024 "APH"			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 5709 2024		FECHA INICIO CONTRATO	9/12/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 2.309.988	No. HORAS EJECUTADAS	252	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 21.503.624		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 2.344.860
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	9 MESES 22 DIAS			
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	3BL HOSPITAL SAN BLAS			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			

ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)
1	Estuvé presente en el momento de **21 entregas y recibos** de turno registrando las novedades correspondientes, en el marco de un ejercicio de articulación para el desarrollo del objeto.
2	Presté servicios como apoyo administrativo logístico (conductores) para la Unidad Funcional de Atención Prehospitalaria, en el marco de estándares de calidad, oportunidad y con la norma de habilitación de servicios de salud vigente.
3	Realicé los **43 desplazamientos** derivados de valoraciones y/o traslados establecidos por el médico regulador del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias CRUE.
4	Mantuvé la ambulancia en las condiciones de aseo, funcionamiento, presentación y conservación óptimas para el traslado y/o valoración de pacientes.
5	Cumplí con el procedimiento de atención prehospitalaria, registrando todo tipo de novedad o necesidades administrativas y/o asistenciales para garantizar la operatividad de la unidad móvil, verificar y salvaguardar cada uno de los equipos biomédicos asignados a las unidades móviles del Programa de Atención Prehospitalaria, además cumplir con el porte de los elementos de identificación institucional.
6	Porté de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carné que lo acredita como contratista de la Subred Centro Oriente E.S.E.
7	Garanticé el cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad.
8	Velé por la oportunidad, la pertinencia, continuidad, seguridad, racionalización y resolutiva en la atención Pre Hospitalaria.
9	Reporté los sucesos de seguridad que se presenten dentro del desarrollo de las actividades contractuales.**(Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)**
10	Adopté los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades
11	Dí trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo en el desarrollo del objeto contractual.
12	Atendí las disposiciones respectivas de seguridad del paciente, confidencialidad de la información que maneja de acuerdo con el desarrollo de las actividades
13	Atendí las indicaciones del líder de la tripulación (medico en las unidades moviles de mediana complejidad (TAM) y en la de baja complejidad (TAB) al medico regulador) quien define en cada caso las instrucciones en el proceso de atención para obtener el cumplimiento de las metas asignadas para el programa con oportunidad, disponibilidad, eficiencia, cumpliendo lo establecido desde la subdirección del centro regulador de urgencias y emergencias en cada caso, así mismo realizar el adecuado reporte de novedades e incidentes presentados durante la operación de las móviles adscritas al Programa de Atención Prehospitalaria, siempre por medio del equipo de radiocomunicaciones a la central y por medio de celular y aplicativos al profesional de enlace asignado
14	Apliqué las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional
15	Asistí a la capacitación brindada el **18 de septiembre del 2025** sobre agitación psicomotora y sujeción de pacientes en APH y asistí el **19 de septiembre** a la reunión administrativa brindada por la Dirección de Urgencias.
16	Revicé de manera mensual mediante el módulo de inventario de herramientas, apoyé al equipo de calidad y gestión externa del programa al seguimiento en la revisión mensual de las ambulancias. En el día asignado para entrega de certificaciones de actividades se debe presentar personalmente para realizar la entrega de informe de actividades (inspección preoperacional, inventario mensual de herramientas, bitácoras durante el mes) y revisión del cumplimiento de estas.
17	Respondí y asistí a las citaciones derivadas de los requerimientos del SDQS, novedades administrativas y asistenciales generadas por el Centro regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE.

18	Realicé el registro **21 preoperacionales** adecuados y oportunos junto con el reporte al **técnologo automotriz Miguel Angel Sotelo** encargado de los mantenimientos y/o posibles fallas que presente el vehículo.
19	Efectué el diligenciamiento de **20 preoperacionales** del vehículo, registrando la información en tiempo real de lo referente a herramienta,documentación y accesorios de seguridad vial.
20	Participé en las capacitaciones y /o actividades inherentes al programa de Seguridad vial de la Subred Centro Oriente E.S.E. **(Actividad no desarrollada durante el periodo del presente reporte)**
21	Realicé las demás actividades asignadas por el supervisor y que sean inherentes con el objeto del contrato y la ejecución del convenio 7120405 -2024 "APH" dentro de la autonomía e independencia para el desarrollo del contrato, contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado.?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del **(01/09/2025) AL (30/09/2025)**

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	4617174789	OPERADOR:	SOI
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	NUEVA EPS	10/09/2025	$ 178.000
PENSION:			
RIESGOS LABORALES:			
OTROS			
TOTAL PAGADO			$ 178.000

V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VI. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotograficasy/o documentales que soporten las acividades realizadas en el periodo correspondiente

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Luis Aponte LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE CC No 79102361
FIRMA DE QUIEN VALIDA	**JOSÉ OCTAVIANO BARRERA GUTIÉRREZ CEDULA 7.228.893 DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05 SUPERVISOR DEL CONTRATO**
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	Claudia P. Milanes **CLAUDIA PATRICIA MILANES ALVAREZ CEDULA 52.054.911 LIDER PROGRAMA APH**

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 7 FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE	CC:	79.102.361
CORREO ELECTRÓNICO:	luisaponte123@hotmail.com	TELÉFONO:	3104495076
DIRECCIÓN DOMICILIO:	KR 75 1 18 SUR	CIUDAD:	BOGOTÁ DC

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a titulo del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación.	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	450770020607

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 5709 2024	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	$ 2.344.860
FECHA DE INICIO CONTRATO	9/12/2024	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/09/2025 AL 30/09/2025		

Luis Aponte

LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE
CEDULA:79102361
CELULAR:3104495076

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

IFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79102361
RAZÓN SOCIAL:			LUIS MARTIN APONTE BUSTAMANTE
NICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
	CR 73 N 1-14 SUR	TELÉFONO:	5302295
TANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
ESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
E EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4617174789	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/09/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9993982665

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
GO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
S:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
CA	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
	APONTE BUSTAMANTE LUIS MARTIN	INDEPEND.	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.423.500				NO																				$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0									

TOTAL PAGADO:	$ 178.000

Planilla Pagada